



## **AVISO DE ACCIÓN**

### **Rechazo de Elegibilidad para Community-Based Adult Services (CBAS)**

Estimado(a):

Le enviamos esta carta para hacerle saber la siguiente información importante. Se ha determinado que usted **no es elegible** para los Community-Based Adult Services (CBAS). Puede apelar esta decisión.

Los CBAS son un beneficio de Medi-Cal, el cual comenzará el 1 de marzo del 2012. CBAS permite que las personas elegibles en Medi-Cal obtengan atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, cuidados personales, capacitación y apoyo para el familiar o prestador de cuidados, alimentos, transporte y administración de casos en una sola ubicación central. Debido a que el Department of Health Care Services formalizó un acuerdo de conciliación en la demanda de *Darling, et al. v. Douglas, et al.*, Adult Day Health Care (ADHC) terminará el 29 de febrero del 2012, y los CBAS comenzarán al siguiente día. Puede leer el acuerdo de conciliación en línea en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ADHC/ADHC.aspx>.

Se evaluó su elegibilidad para CBAS porque recibe o ha recibido recientemente los servicios de ADHC en un centro de ADHC. Las enfermeras de DHCS se han reunido con usted (o han intentado reunirse con usted) para evaluar su elegibilidad para CBAS.

#### **El propósito de este Aviso de Acción es comunicarle que se ha determinado que usted no es elegible para losr CBAS porque:**

- No necesita los cuidados suficientes que alcanzan el nivel "Nursing Facility Level of Care A" (NF-A); ●
- No sufre un trastorno cognitivo de moderado a severo, incluyendo la Enfermedad de Alzheimer's de moderado a severo u otra forma de demencia; ●
- No tiene una discapacidad del desarrollo; ●
- No tiene una discapacidad cognitiva de leve a moderada, incluyendo la Enfermedad de Alzheimer's o demencia Y no necesita asistencia o supervisión en dos de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, desplazarse, trasladarse, la administración de la medicación o la higiene; ●

- No padece una enfermedad mental crónica o daño cerebral Y no necesita asistencia o supervisión en dos de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, desplazarse, trasladarse, la administración de la medicación o la higiene; O una de las necesidades anteriores más una de las siguientes: administración del dinero, acceso a los recursos, preparación de los alimentos y transporte.

Para obtener mayor información sobre los criterios de elegibilidad para CBAS, vea el acuerdo de conciliación en línea en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ADHC/ADHC.aspx>.

### **¿Qué sucede ahora?**

Aunque no es elegible para recibir CBAS, **es elegible para recibir servicios de Administración de Casos Mejorada (servicios de Enhanced Case Management), la cual lo ayudará a encontrar servicios.**

- Si **está inscrito** en un plan de atención administrada de Medi-Cal el personal del plan lo llamará o usted podrá llamar al departamento de atención al cliente de su plan de salud. Su plan le proporcionará los servicios de Administración de Casos Mejorada. En <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MMCDHealthPlanDir.aspx> encontrará una lista de servicios para los miembros de planes de salud.
- Si **no está inscrito** en un plan de atención administrada de Medi-Cal, APS Healthcare lo llamará o usted podrá llamar al APS Healthcare al 1-800-693-6735. Le proporcionarán los servicios de Administración de Casos Mejorada.

### **¿Esto cambia mi elegibilidad para Medi-Cal o Medicare?**

Este Aviso no afecta a su elegibilidad o recibo de otros servicios de Medi-Cal o Medicare.

### **¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión?**

#### **Sus Derechos de una Audiencia Estatal (State Hearing)**

Si no está de acuerdo con el rechazo, tiene el derecho de apelar la decisión y solicitar una State Hearing (Section 51014.1 of Title 22 of the California Code of Regulations). Vea los anexos "*Su Derecho de Audiencia Estatal*" y la "*Solicitud de Audiencia Estatal*" para obtener mayor información sobre los derechos de Audiencia Estatal (State Hearing) y la mejor manera de solicitar una State Hearing.

Si presenta una apelación de la determinación del Department's sobre su inelegibilidad para CBAS, no recibirá servicios de CBAS durante la apelación porque los CBAS son un nuevo programa. En cambio, recibirá los servicios de Administración de Casos Mejorada mientras su apelación está en curso.

### **¿A quién debería llamar si tengo preguntas?**

Si tiene preguntas o dudas acerca de este aviso o si desea más información o ayuda para presentar la apelación, llame al Disability Rights California al (800) 776-5746, TDD/TTY (800) 719-5798, o puede escribir a:

Disability Rights California  
1330 Broadway, Suite 500  
Oakland, CA 94612  
Darling@disabilityrightsca.org

## Sus Derechos de una Audiencia Estatal

### Para Solicitar una Audiencia Estatal (State Hearing)

- Solo tiene 90 días para pedir una audiencia.
- Los 90 días comienzan el día después del envío de este aviso.

Si tiene una buena razón para no haber solicitado una audiencia dentro de los 90 días, es posible que aún pueda solicitar una audiencia. Si ofrece una buena razón, aún podría programarse una audiencia.

### Para Obtener Ayuda

Si no quiere asistir a la audiencia solo o sola, puede traer a un(a) amigo(a), familiar, abogado o cualquier otra persona de su elección. Puede obtener ayuda legal gratuita en la oficina local de asistencia legal o grupo de derechos de asistencia social.

Puede hacer preguntas acerca de sus derechos de una audiencia o de asistencia legal gratuita llamando a los números de información estatal que aparecen a continuación. Estos números pueden estar muy ocupados. Podría recibir un mensaje pidiendo que vuelva a llamar más tarde.

Llame de Forma Gratuita: 1-800-952-5253  
Si tiene problemas de audición y utiliza TDD/TTY, llame al: 1-800-952-8349

### Cómo Solicitar una Audiencia Estatal

La mejor manera de solicitar una audiencia estatal es llenar la parte posterior de este formulario y enviarlo a:

Dirección California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, MS 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430  
Fax: 1-916-651-5210 o 1-916-651-2789 (Atención: State Hearing Support)

También puede llamar al:  
Teléfono: 1-800-952-5253 o 1-800-743-8525  
TDD/TTY: 1-800-952-8349

#### *Nota*

La State Hearings Division no puede aceptar las solicitudes de audiencia estatal enviadas por correo electrónico.

### Otra Información

**Expediente de la Audiencia:** Si solicita una audiencia, la State Hearing Office establecerá un expediente. Usted tiene el derecho de revisar este expediente. El Estado puede enviar su expediente al U.S. Department of Health and Human Services.

## Solicitud de Audiencia Estatal

### Solicito una Audiencia Estatal (State Hearing) debido a una acción tomada por el Department of Health Care Services

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Social Security Number o número de Medi-Cal ID: \_\_\_\_\_

*(Su audiencia puede demorarse si no proporciona este número)*

#### No estoy de acuerdo con:

La Determinación de Elegibilidad para for Community-Based Adult Services (CBAS)

#### Aquí se presenta el porqué

Nota: Si es posible, adjunte una copia de la carta de Aviso de Acción (Notice of Action) a este formulario. Si necesita proporcionar más información, utilice el espacio a continuación:

---



---



---



---

*(Si necesita más espacio, utilice otro papel. Saque una copia para guardar como registro)*

#### Si no quiere asistir a la audiencia solo o sola, puede traer a un(a) amigo(a) u otra persona.

Marque cualquier casilla que se aplique a su caso:

① Quiero que me represente la persona nombrada a continuación. Esta persona puede revisar mis registros médicos relacionados con esta audiencia, asistir a la audiencia y hablar en mi nombre.

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

② Necesito un intérprete gratuito (un familiar o amigo no puede actuar como intérprete en una audiencia).

Mi idioma o dialecto es: \_\_\_\_\_

③ Quiero una audiencia por teléfono.

④ Quiero asistir a la audiencia y necesito los siguientes adecuaciones ADA (p.ej. acceso para silla de ruedas, letra grande).

⑤ **Urgente.** Necesito una decisión rápida y no puedo esperar 90 días. Dé su explicación a continuación:

---



---



---

**Mi Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

*Después de completar este formulario, guarde una copia del mismo.*